

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

473

T H E S E

pour le

.DOCTORAT EN MEDECINE

.(Diplôme d'Etat)

, par

LAMISSE Fernand, Paul

Né le 26 Mars 1936 à GRANVILLE (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le 19 63

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MELANCOLIES REACTIONNELLES.

A PROPOS DE 24 OBSERVATIONS

Président : Professeur Léon MICHAUX.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

T H E S E

pour le

. DOCTORAT EN MEDECINE

.(Diplôme d'Etat)

. par

LAMISSE Fernand, Paul

Né le 26 Mars 1936 à GRANVILLE (Manche)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES MELANCOLIES REACTIONNELLES.

A PROPOS DE 24 OBSERVATIONS

Président : Professeur Léon MICHAUX.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE T., AUBIN A., BENARD H., BULLIARD H.,
CADENAT F., CHABROL E., CHAMPY C., DEBRE R., FEY B., GASTINEL P.
HALPHEN E., HAZARD R., HEUYER G., LANTUEJOUL P., LAROCHE G.,
LEVY SOLAL E., LIAN C., MATHIEU P., MOCQUOT P., MONDOR H.,
MONOD R., MOREAU R., MOULONGUET P., OLIVIER E., PASTEUR
VALLERY RADOT, PETIT-DUTAILLIS D., QUENU J., RICHET C.,
SENEQUE J., STROHL A., TANON L.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE

2ème - Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires : MM.

Anatomie DELMAS A.

Anatomie pathologique DELARUE J.

Anesthésiologie BAUMANN J.

Biochimie médicale JAYLE MF

SSHAPIRA G.

Biologie appliquée à l'Education physique et

aux Sports CHAILLEY BERT P.

Biologie Médicale FAUVERT R.

Cancérologie médicale et sociale :	BERNARD J.
Embryologie	GIROUD A.
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière) ...	N.
Histologie	VERNE J.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON P.
Médecine du travail	DESOILE H.
Médecine Légale	PIEDELIEVRE R.
Microbiologie (bactériologie et virologie) ...	FASQUELLE R.
Parasitologie	GALLIARD H.
Pathologie chirurgicale	HUGUIER J.
Pathologie exotique	LAVIER G.
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN F.P.
Pathologie médicale	MILLIEZ P.
Pathologie respiratoire	TURIAF J.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN G.
Pharmacologie	CHEYMOL J.
Physiologie	BINET L.
	BARGENTON D.
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE F.
Physique médicale	DOGNON A.
	DJOURNO A.
Radiologie médicale	DESGREZ H.
Technique chirurgicale et chirurgie expéri- mentale	N.
Thérapeutique	CONTE M.

b) Professeurs à titre personnel :

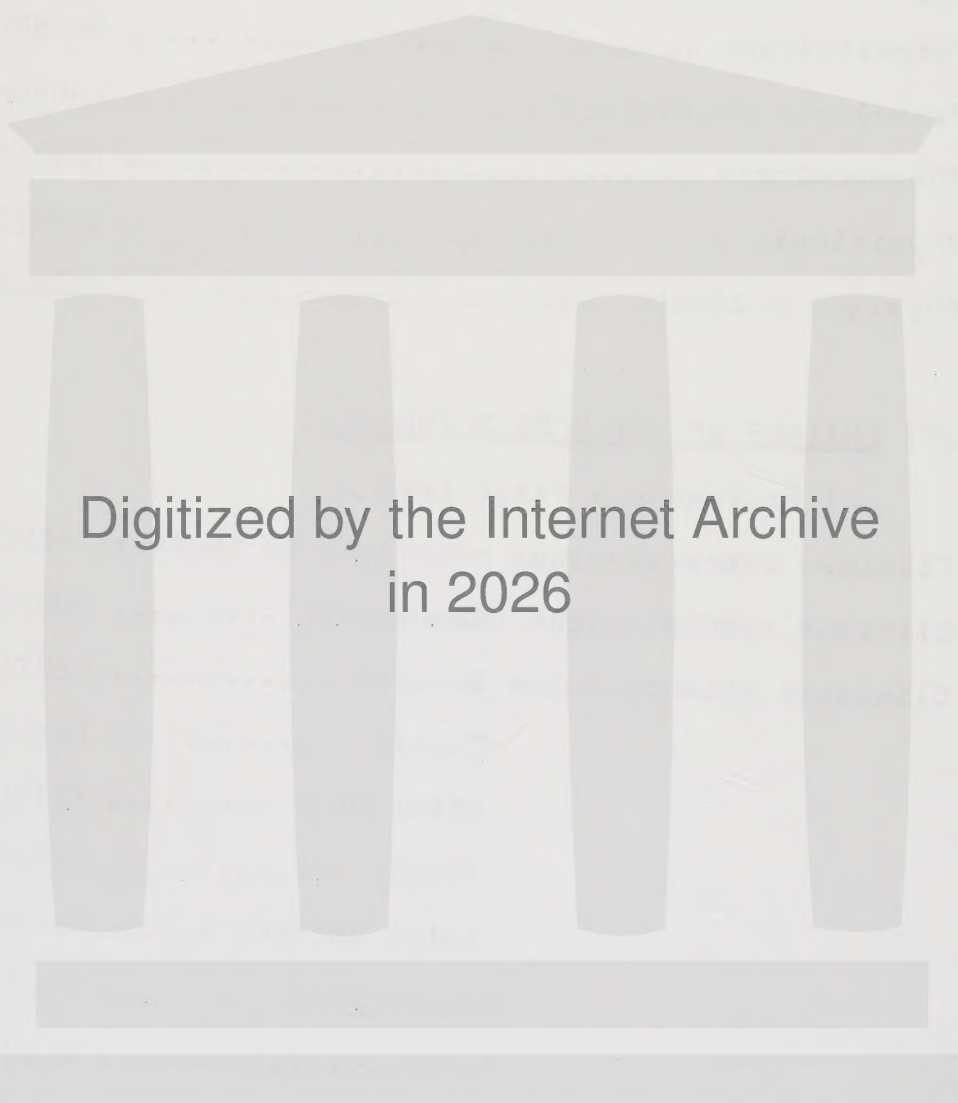
MM.

Biochimie médicale	DESGREZ P.
	POLONOVSKI J.
Biologie médicale	BOURLIERE F.
Embryologie	TUCHMANN H.
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS M.
Parasitologie	BRUMPT L.C.
Pathologie chirurgicale	LAURENCE G.
Pharmacologie	LEVY Melle J.
Physiologie	PARROT J.
Physique médicale	KELLERSHOHN L.

2°) CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON H.
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN M.
Cliniques chirurgicales Beaujon	LORTAT JACOB J.L.
Cochin	LEGER L.
Hôtel Dieu	PATEL J.
Pitié	CORDIER G.
Saint Antoine	GOSSET J.
Salpêtrière	SICARD A.
Tenon	OLIVIER Cl.
Clinique de chirurgie infantile et orthopédi- que (enfants malades)	FEVRE M.
Clinique chirurgicale orthopédique et répa- ratrice (Cochin)	MERLE D'AUBIGNE R.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550205_0015

Clinique de chirurgie cardio-vasculaire

(Broussais) GAUDART d'ALLAINES

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire ..

(Laënnec) MATHEY J.

Clinique endocrinologique (Pitié) DECOURT J.

Clinique de Génétique médicale (Enfants

malades) LAMY M.

Clinique gynécologique (Broca) FUNCK BRENTANO P.

Clinique des maladies cutanées et syphili-

tiques (Saint Louis) DEGOS R.

Clinique des maladies des enfants (Enfants

malades) CATHALA J.

Clinique des maladies infectieuses

(Claude Bernard) MOLLARET P.

Clinique des maladies mentales et de

l'encéphale (Sainte Anne) DELAY J.

Clinique des maladies métaboliques (Necker) HAMBURGER J.

Clinique des maladies du sang (Broussais) MARCHAL G.

Clinique des maladies du système nerveux

(Salpêtrière) CASTAIGNE P.

Cliniques médicales Boucicaut LÉNEGRE J.

Broussais SOULIE P.

Cochin JUSTIN BÉDANCON L.

Cochin BROUET G.

Hôtel Dieu BARIETY M.

Lariboisière SEZE S. de

Cliniques médicales	Pitié	DREYFUS G.
	Saint Antoine	KOURI SKY R.
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)		DEPRAY C.
Clinique médicale propédeutique Broussais		GENNES L. de
Clinique médico- sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel Dieu)		DEROT M.
Clinique de neuro- chirurgie (Pitié)		DAVID M.
Clinique neurologique (Salpêtrière)		GARCIN R.
Cliniques obstétricales Baudelocque		LAGONNE M.
	Foch (Suresnes)	MERGER R.
Clinique obstétricale et gynécologique		
	Port Royal	VARANGOT J.
Clinique ophtalmologique (Hôtel Dieu)		RENARD G.
Clinique oto-rhino-laryngologique		
	Lariboisière	AUBRY M.
Clinique de pédiatrie et de puériculture		
	Saint Vincent de Paul	LELONG M.
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants Malades)		MARIE J.
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		BERNARD E.
Clinique de neuro-psychiatrie infantile		
	Salpêtrière	MICHAUX L.
Clinique de rhumatologie médicale et sociale		
	Cochin	COSTE F.
Clinique stomatologique (Pitié)		DECHAUME M.
Clinique thérapeutique chirurgicale		
	(Vaugirard)	ROUX M.

MM.

Clinique thérapeutique médicale

Saint Antoine LEMAIRE A.

Clinique toxicologique GAULTIER M.

Clinique traumatologique PADOVANI P.

Sémiologie médicale DOMART A.

Sémiologie et clinique chirurgie les POILLEUX F.

Clinique urologique (Necker) COUVELAIRE R.

Hygiène et clinique de la première enfance

(Trousseau) TURPIN R.

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine BOUR H.

LHERMITTE R.

PEQUIGNOT H.

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES

ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

Anatomie CABROL C.

COUINAUD C.

GILLOT C.

OLIVIER G.

Anatomie pathologique GANTHIER VILLARS Melle P
pr s. ch.

ABELANET R.

BUSSER F.

	MM.
Anatomie pathologique	CHOMETTE G.
	GOUYOU Ch.
	m. conférences
	NEZELOFF Ch.
	ORCEL L.
	PAILLAS J.
Anesthésiologie	KERN E.
	VOURC'H G.
Bactériologie	BARBIER P.
	CHRISTOLE D.
	LE MINOR L.
	TOURNIER P.
Biochimie médicale	BEAULIEU Et.
	m. conf.
	BOURILLON R.
	CARTIER P.
	DREYFUS J. Cl.
	GONNARD P.
	KRUH J.
	JEROME H.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS F.
Carcinologie	BOIRON M.
	DENOIX P.
	MATHE G.
	SELIGMANN M.

MM.

Dermato Syphiligraphie	CIVATTE J. DUPERRAT B.
Electro-Radiologie	LEDoux LEBARD G.
Hématologie	BESSIS M. BILSKI PASQUIER G. DAUSSET J. DUHAMEL G.
Histologie	COUJARD R. pr. s. ch. MAROIS M. RACADOT J.
Hydrologie	BESANCON F. CORNET A.
Hygiène	BOYER J. pr. s. ch. BLANCHER G. CORRE HURST Mme L. SAPIN JALOUSTRE H.
Maladies infectieuses	BASTIN R. DUPONT V.
Médecine légale	DEROBERT L. pr. s. Ch. FOURNIER E. GUENIOT H. HADENGUE A.
Médecine du Travail	ALBAHARY C.

MM.

Pathologie chirurgicale CHATELIN O.L.

DUBOST Ch.

DUBOST Cl.

FAUREL J.

FLABEAU F.

GARBAY M.

GARNIER H.

Cl. de GAUDART d'ALLAZ'

GERMAIN A.

LATASTE J.

LEVEQUE B.

LOYQUE J.

MERCADIER M.

NATALI J.

PELLERIN D.

PERROTIN J.

ROBERT H.

THOMERET G.

Pathologie exotique SCHNEIDER J.

Pathologie expérimentale BENHAMOU J.P.

BERTHAUX P.

BOIVIN P.

CROSNIER J.

HARTMANN L.

LOEPER J.

MAURICE J.

MM.

Neuro Chirurgie	PERTUISET B.
Obstétrique	GRANJON A.
	HERVET E.
	LE LORIER G.
	LEVY J.
	MORIN P.
	MUSSET R.
	ROBEY M.
	SENEZE J.
	SUREAU C
	THOYER ROZAT J.
Ophtalmologie	BREGAT P.
	DUBUIS A.
	SARAUX H.
Orthopédie	JUDET R.
	MERAY R.
	POSTEL M.
	RAMADIER J.
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN J.
	PIALDOUX P.
Parasitologie	GOLVAN Y.
	LAPIERRE J.
Pathologie chirurgicale	BARCAT J.
	BINET J.P.
	CAUCHOIX J.
	CERBONNET G.

MM.

Pathologie expérimentale MIKOL Cl.

RICHET G.

Pathologie médicale AUSSANNAIRE M.

BOUVIER J.

BOUVRAIN Y.

BRICAIRE H.

BRISAUD H.

BROGARD H.

BUGE A.

CATINAT J.

CHRÉTIEN J.

COBLENTZ B.

CONTAMIN F.

COURY C.

ETIENNE J.P.

FREZAL J.

FRITEL D.

HENNEQUET A.

HIMBERT J.

HUSSET E.

LAROCHE Cl.

LESOBRE R.

MACREZ C.

MOREAU L.

NICK J.

ROYER P.

MM.

Pathologie médicale TOURNEUR R.

WOLFROMM R.

Pédiatrie puériculture JOSEPH R.

LAFOURCADE J.

LEPERCQ G.

MANDE R.

MOZZICONACCI P.

POLONOWSKI C.

ROSSIER A.

VIALATTE J.

Pharmacologie BOISSIER J.

LECHAT P.

BARRES G.

DEJOURS P.

DURAND J.

GIRARD m. conf.

HUGUELIN A.

CHERRER J.

Physique médicale CHANTEUR J.

GOUGEROT L.

m. conf. pr. s. c.

GREMY F. m. conf.

MILHAUD P.

ROUCAYROL J.C1.

TUBIANA M. m.conf.

Pneumo-Phtisiologie KREIS B.

MEYER A.

RENAULT P.

MM.

Psychiatrie	PICHOT P.
Psychiatrie infantile	DENIKER P.
	DUCHE D.
	FLAVIGNY H.
	LAPRESLE J.
Rhumatologie	DELBARRE F.
Stomatologie	CERNEA P.
	CHAPUT Mme A. m. conf. Agr.
	GRELLET M.
Thérapeutique	CHASSAGNE P.
	LAMOTTE M.
	MARCHE J.
Urologie	AUVERT J.
	MOULONGUET A.
	QUENU L.

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE AGREGES

CHARGES DES COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

Anatomie	DEBEYRE J.
Clinique chirurgicale	ABOULKER P.
	AMFLINE A. p.s;ch.
	VERNE J.M.
Clinique médicale	PERRAULT M.
	RAMBERT P.
	THIEFFRY S.

Clinique obstétricale	GRASSET J.
	MAYER M.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES P.
	OFFRET G.
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO R.
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE R.
Clinique psychiatrique	BARUK H.
Clinique urologique	KUSS R.

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDURDY P. pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER J. Pr.s. ch.

V - Chargés de cours d'hygiène scolaire et universitaire

	BOLTANSKI E.
	LAUNAY C.
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA J.
Secrétaire principal	Melle CHAINTREUIL G.
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la	
Médecine	M. le Dr HAHN A.
Conservateur	Melle DUMAITRE P.
Bibliothécaires	Mmes CONTET J., FORGET F.
	Melles LAURENT H., LE NOIR G.,
	QUIEVREUX E.

A mes parents

Témoignage de mon affection et de ma
reconnaissance.

A ma femme,

A mes beaux-parents,

A mes frères.

A Monsieur le Professeur Léon MICHAUX

Professeur de Clinique Psychiatrie Infantile
à la Faculté de Médecine de PARIS

Médecin des Hôpitaux

Ancien Médecin de l'Infirmierie Psychiatrique
près la Préfecture de Police

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

A Monsieur le Professeur FROMENTY

Professeur de Clinique Neuro-Psychiatrique

à la Faculté de Médecine de TOURS.

Médecin Chef du Service de Psychiatrie Femmes

du Centre Hospitalier Universitaire Bretonneau

Médecin Légiste

Expert près les Tribunaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous inspirer le
sujet de cette thèse.

Son enseignement contribua lar-
gement à notre formation psychiatrique

Il nous fit l'honneur de nous
prendre comme Interne.

Qu'il veuille bien trouver
ici l'expression de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Professeur GAUTIER

Notre Maître dans l'internat

Nous lui devons l'essentiel de notre formation
médicale.

Qu'il trouve ici nos remerciements
et l'expression de notre gratitude.

A nos Maîtres dans l'Externat du Centre Hospitalier et
Universitaire de TOURS.

MM.

Professeur BONNIN

Docteur BAUDOUIN

Docteur BILLARD

En remerciement pour leur précieux enseignement

I N T R O D U C T I O N

Nous avons tenté de relater l'observation et le traitement des mélancolies réactionnelles par l'association sismothérapie, **chimiothérapie** mixte. Ce travail a été effectué à partir des observations de 24 malades traitées au cours des années 1960 - 1961 - 1962, dans le service de Psychiatrie Femmes du Professeur FROMENTY à TOURS.

Après un rappel de la définition de cette forme de mélancolie et un bref historique des théories depuis JASPERS et son école phénoménologique, nous exposerons nos observations, après quoi nous établirons une comparaison pronostique entre les mélancolies réactionnelles et les autres formes de mélancolies observées au cours de ces trois années.

DEFINITION & HISTORIQUE

D'une façon générale on qualifie de réactionnelle, une mélancolie survenant, d'emblée ou après un temps de latence, consécutivement à un choc affectif ou à un événement impressionnant.

La tristesse et l'anxiété sont l'apanage de cette forme de mélancolie correspondant à une attitude conflictuelle, qui se manifeste par les sentiments d'abandon, d'isolement, le désarroi, le désespoir, l'agitation inquiète sans savoir quoi faire, ni ce qui arrivera ; donc une espèce d'attachement au passé avec inquiétude de l'avenir.

La douleur morale de la mélancolie réactionnelle a un objet précis, une histoire, une signification, elle varie selon certaines modifications de l'environnement.

La tentative de suicide très souvent observée dans la mélancolie réactionnelle est compréhensible, ayant lieu au cours d'une réaction de désarroi, d'un épisode émotionnel intense. Elle peut également être due à un raptus anxieux lui-même en rapport avec un événement ou une situation. Dans l'état réactionnel le sujet peut cotôyer le suicide pendant longtemps ou le renouveler après le premier échec. Cependant, même si cette tendance au suicide peut prendre momentanément un léger caractère obsédant elle n'en disparaît pas moins définitivement dès que les causes intelligibles disparaissent.

Les suicides ou les tentatives de suicide des mélancolies réactionnelles sont le plus souvent le fait des sujets bien équilibrés, sans aucune défaillance antérieure dans leur existence. Ces suicides réactionnels n'auraient pas été possibles la veille ou le lendemain, si certaines circonstances de l'expérience vécue avaient été différentes.

Certaines causes déclenchantes se retrouvent avec prédilection dans les mélancolies réactionnelles. C'est ainsi que la mélancolie faisant suite à un deuil, est fréquente. La structure réactionnelle de cet état de dépression qu'est le deuil est aisément démontable. La réalité de l'événement est non seulement évidente mais encore la succession des réactions est des plus normales dans la mesure où la réaction a des points communs avec le chagrin du deuil.

Les mélancolies faisant suite à des déceptions sentimentales, à des difficultés domestiques et sociales, sont également fréquentes : Femmes accablées de travail avec souvent des maris chômeurs ou alcooliques, mésentente entre époux, départ ou mariage d'un enfant, changement d'existence, maladies menaçant la vie du sujet ou d'un membre de sa famille.

Pendant la guerre, au temps des camps de concentration existait un vaste champ pour l'observation de mélancolies réactionnelles, aujourd'hui les événements d'Algérie nous ont permis d'en voir encore quelques cas (rapatriés ayant perdu leur situation, leur patrimoine, départ de fils soldats pour la guerre, atrocités au moment des événements d'Alger.

Dans les formes initiales aiguës ou subaiguës des mélancolies réactionnelles les symptômes restent en gros "intelligibles" reflétant d'une manière plus ou moins nette la situation traumatisante, sinon il y a lieu de suspecter l'association de facteurs constitutionnels ou biologiques variables suivant les individus.

Du point de vue évolutif, rappelons qu'il y a souvent entre l'événement traumatisant et l'apparition des premiers troubles un temps de latence variable de quelques heures à quelques jours, mais souvent marqué déjà par quelques petits signes neuro-végétatifs ; insomnies, troubles circulatoires, langue saburrale

Dans de bonnes conditions de calme et d'isolement et de psychothérapies appropriées, les malades peuvent guérir rapidement si la cause disparaît ; plus difficilement si un effort important d'adaptation est nécessaire, mais ils restent fragiles et peuvent présenter des phénomènes de sensibilisation expliquant les rechutes.

On a beaucoup discuté sur la pathogénie des mélancolies réactionnelles : certains auteurs donnent une importance primordiale à l'élément biologique psychosomatique, d'autres s'attachent plus étroitement à la psychogénèse pure. Pour les premiers, le fait biologique est, avant tout, une réaction anarchique des processus d'adaptation, dépassés ou épuisés par une agression brusque ou répétée.

Pour le Docteur EY, le fait que le choc émotionnel est véritablement pathogène dans les cas les plus typiques, résulte de ce que la commotion psychique qu'elle représente est un facteur de dissolution, un processus organique pathogène.

GUIRAUD qui croit à l'unité organopsychique de l'homme, estime qu'il n'y a plus de r"actions psychogènes, mais qu'il y a des réactions à des situations vitales. Déli-mitées aussi strictement, les mélancolies réactionnelles de-viennent simplement des psychoses de prédisposés, l'évène-ment déclenchant restant très accessoire, mais il admet la possibilité de psychoses tardives consécutives à un conflit instinctif grave, sans forte prédisposition.

Le point de vue psychogénétique est défendu par HESNARD qui pense que la relation d'"intelligibilité" de JASPERS ne peut être appréciée que si l'on analyse le malade en profondeur, l'individu n'entrant dans la psychose que si cet événement est relié de façon très particulière à son histoire personnelle et spécifique sur le plan des valeurs profondes et symboliques.

Il est souvent malaisé, quoi qu'il en soit de ces interprétations pathogéniques, de fixer les limites précises à ces mélancolies réactionnelles et d'en assurer la légitimité. Toutefois, tous les psychiatres semblent avoir accepté les critères imposés par JASPERS et son école phénoménologique allemande (1913). Il faut démonter :

- 1°) Que l'état réactionnel ne serait pas né sans l'événement dont la signification doit être suffisante pour notre compréhension, soit que cet état naisse en réponse immédiate, soit qu'il n'apparaisse qu'après une période de maturation,
- 2°) qu'entre le contenu de l'événement et le contenu de la réaction il y ait un rapport compréhensible,
- 3°) que l'évolution de l'état réactionnel dépende de l'événement et de ses rapports avec lui.

Il dit encore que la mélancolie réactionnelle est "intelligible" et "influçable".

Une autre école allemande avec KRESTCHMER (1918) oppose les réactions primitives qui n'engagent pas la personnalité consciente, aux réactions de la personnalité, actives et conscientes. Il montre que les mélancolies réactionnelles appartiennent à ce second groupe. "Elles ne sont plus univoques" écrit-il, mais orientées par la constitution du sujet et les constellations de son affectivité au moment du choc. Elles ne sont plus diffuses ni incohérentes mais logiquement liées aux facteurs du traumatisme.

Deux écoles françaises ont insisté sur le rôle de l'émotion dans la genèse des mélancolies réactionnelles.

La première école avec RAYMOND (1898) HARTEMBERG (1912) TASTEVIN (1912) considère que l'émotion a principalement son rôle par l'épuisement nerveux qu'elle entraîne. "L'émotion par sa soudaineté et son intensité rompt l'équilibre nerveux et entraîne des troubles psychiques".

La seconde école introduit l'importante notion de prédisposition si souvent retrouvée par la suite chez de nombreux psychiatres. "L'émotion révèle une constitution morbide". Donc école constitutionnaliste pour laquelle le choc se produisant sur une constitution, va pouvoir déclencher une réaction différente selon les cas. A la tête de cette école URECHIA (1931) LEVY VALENSI (1931), le Professeur DELAY (1946). Pour eux "l'événement" a un rôle occasionnel déclenchant sur un terrain prédisposé, la réaction étant la réponse du psychisme déterminé par le tempérament et la constitution de l'individu à des sollicitations provenant soit du milieu, soit de l'organisme lui-même.

Le Docteur H. EY pense que dans l'éclosion et l'évolution d'une mélancolie réactionnelle on ne peut faire bon marché de la personnalité du sujet, de sa constitution, de ses tendances ; qu'il ne s'agit pas simplement de son plus ou moins grand degré d'émotivité, de sa structure mentale mais aussi de sa complexion somatopsychique comme des conflits profonds ou des refoulements affectifs qui peuvent végéter dans son subconscient. C'est à ce point de vue qu'il considère

que les mélancolies réactionnelles ne constituent pas une entité nosologique au sens absolu du mot, toute psychose étant effectivement réactionnelle et aucune ne l'étant entièrement.

Cette dernière notion nous la retrouvons au Congrès de psychiatrie de CLERMONT FERRAND, NERRIS LES BAINS (1949) où le rapporteur, le Docteur CHATAGNON : nie l'entité nosographique des mélancolies réactionnelles, leurs modalités cliniques étant trop variées, il ne nie pas cependant l'intérêt clinique de celles-ci. "Elles relèvent" dit-il "d'un processus que nous pourrions dénommer une rupture temporaire et réversible de l'homéostasie psychique. Ce sont des psychoses liminaires qui posent aux psychiatres des problèmes délicats du point de vue médico-légal pour l'appréciation de la responsabilité du sujet".

Prédispositions du sujet à la fois biologiques (fragilité particulière de l'organisation nerveuse, facteurs héréditaires ou acquis au cours des premières années), et psychologiques (résultant des conditions psycho-sociales, du développement affectif infantile lorsque celles-ci sont de nature à développer exagérément les sentiments d'infériorité et d'insécurité), états intermédiaires entre l'être normal et la réaction psycho-pathologique du sujet qui réagit (mélancolie réactionnelle = prédisposition minima + cause occasionnelle maxima), sont les notions essentielles qui se sont dégagées de ce Congrès de 1949

Cette notion de prédisposition sera fortement combattue par le Docteur A. MASSON dans une communication au Congrès de psychiatrie de PAU (1953). "Que des causes favorisantes" dit-elle, "puissent rendre un psychisme plus sensible et mieux l'exposer aux réactions psychogènes" cela va de soi et surtout l'âge du déclin et de la vieillesse ; mais du fait que des conflits antérieurs peuvent aggraver le retentissement d'un traumatisme, faut-il conclure que c'est là une condition nécessaire ?

Que certains types de psychismes dans les limites de la normale puissent avoir un seuil de résistance plus bas que d'autres, cela est vraisemblable, de même certaines circonstances peuvent jouer un rôle favorisant comme le dépaysement Mais que les mélancolies réactionnelles ne surviennent que chez des prédisposés, que le psychisme normal soit un pur cristal, qu'aucune force quelle qu'elle soit ne puisse ternir ou fêler, c'est là ce dont il s'agit de discuter le bien fondé. Dans certains cas la mélancolie réactionnelle peut même être considérée comme une réaction normale, un témoignage de normalité "la psychologie moderne" ajoute le Docteur A. MASSON "a peut-être trop développé le mérite de l'adaptation à toute condition afin d'en faire le seul critère de la normalité. On a oublié que l'adaptation poussée sans limites devient un indice de faiblesse de la personnalité.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations doctrinales et pathogéniques, les mélancolies réactionnelles, restent des réalités cliniques incontestables ; c'est ce que nous avons voulu montrer en rapportant 24 cas de mélancolies réactionnelles observées dans le service de M. le Professeur FROMENTY, pendant les années 1960 - 1961 - 1962.

OBSERVATION N° 1.-

Melle ALL.... Yvette - 39 ans - première hospitalisation.

Antécédents : syphilis dont le début des troubles est inconnu (B.W. +++ - KAHN +++ - MEINICKE +++) - (L.C.R. normal).

Entrée dans le service le 13 Mai 1960 pour mélancolie réactionnelle faisant immédiatement suite à une intervention chirurgicale sur la jambe droite pour tumeur à myélopaxes au niveau du péroné, avec impotence fonctionnelle très marquée, à la suite de cette intervention.

Tentative de suicide par absorption d'une quantité importante d'alcool (vin rouge et eau de vie) ; entre dans le service en coma éthylique dont elle sortira très vite.

Les jours qui suivent son admission, aboulie, crises de larmes, auto-dépréciation.

Traitée par TOFRANIL per os 25 mg, puis doses progressivement augmentées jusqu'à 100 mg pendant toute la durée de son hospitalisation. Au TOFRANIL est associé le LARGACTIL : 125 mg par jour. L'amélioration est manifeste, après quelques jours de TOFRANIL. La malade sort guérie le 8 Juin 1960 après 25 jours d'hospitalisation

OBSERVATION N° 2.-

Melle MAUP... Marie-Thérèse - 22 ans - première hospitalisation.

Antécédents : familiaux : Mère décédée il y a six ans - la cause de ce décès est inconnue de la malade.

Père cultivateur - en bonne santé, ainsi que deux frères plus jeunes.

Aucun antécédent pathologique personnel.

Entrée dans le service le 20 Octobre 1960 pour mélancolie anxieuse avec tentative d'empoisonnement consécutive à une déception sentimentale (elle doute de la fidélité de son fiancé actuellement au service militaire)

Paroxysmes d'anxiété, soupirs, larmes, très inquiète de l'avenir.

Traitée par un électrochoc + 150 mg de NOZINAN par jour, dose rapidement descendue à 50 mg, car l'état de la malade s'améliore dès les premiers jours de son hospitalisation.

Sortie, le 29 Octobre 1960, guérie après 9 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 3.-

Femme LESCI.... née VEN... Fernande - 50 ans - deuxième hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel.

Première hospitalisation le 24 Novembre 1959 pour mélancolie anxieuse avec agitation consécutive à une affection oculaire et la peur de perdre la vue

Impulsions au suicide.

Traitée par 4 électrochocs et 300 mg de NOZINAN par jour.

Reçoit également TOFRANIL per os à partir du 3 Décembre à raison de 50 mg puis 100 mg par jour

Elle sort très améliorée le 9 Décembre 1959 après 15 jours d'hospitalisation.

Deuxième hospitalisation.-

Le 22 Mars 1960. Trois mois après sa sortie ayant toujours et pour la même raison des impulsions au suicide.

Traitée par 5 électrochocs + NOZINAN 300 mg par jour, et TOFRANIL per os à partir du 26 Avril (25 puis 50, puis 100 mg). Son état s'améliore et il semble que la chimiothérapie potentialisée ait un heureux effet sur son état.

Elle sort le 21 Mai 1960, après deux mois d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 4.-

Mlle DRE... Mauricette - 25 ans - Première hospitalisation.

Antécédents.-

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel
Ses parents signalent toutefois son instabilité professionnelle (employée de ferme, elle change très souvent de place).

Entrée le 15 Avril 1960, pour mélancolie réactionnelle à la suite d'une déception sentimentale (opposition des parents à une fréquentation d'un garçon plus âgé qu'elle et instable, aux dires du père).

Tentative de suicide (absorption de comprimés d'EPANAL)

Mise en observation dans traitement, elle devient rapidement sociable, ses idées de suicide ont vite disparu.

Elle sort le 27 Avril 1960, après 12 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 5.-

Fe. BRECH... née PODE.... Marie - 62 ans

Première hospitalisation

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel

Entrée le 15 Juin 1960 pour mélancolie avec plusieurs tentatives de suicide au gaz, puis au rasoir, faisant suite à la vente de leur ferme, et des animaux. Gros soucis d'argent chez cette femme et soucis de trouver à nouveau du travail.

A son arrivée : stupeur, semi-mutisme, concentration douloureuse, désir violent de la mort.

Traitée par 4 électrochocs et NOZINAN : 150 mg par jour. Son état s'améliore très lentement. Le TOFRANIL à petites doses est commencé le 5 Juillet (50 mg per os)

Elle sort guérie le 16 Juillet 1960, après un mois d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 6.-

Fe. RAMA.... née DUF... Jeannine, 38 ans

Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel

Entrée le 1er août 1960 pour mélancolie réactionnelle à la suite

d'un projet par son mari de changement de ferme.

A son arrivée : anorexie, insomnie, lipothymies fréquentes, idées de suicide.

Traitée : par NOZINAN 50 mg par jour, Son état s'améliore très vite.

Sortie le 13 Août 1960 après 12 jours d'hospitalisation

OBSERVATION N° 7.-

Mlle GONZA.... Marthe, 18 ans. Deuxième hospitalisation.

Antécédents familiaux : suicide d'une tante

Tentative de suicide d'une soeur plus âgée qu'elle.

Antécédents personnels : Erotisme tendant à l'érotomanie.

Fugues.

Première admission le 23 Novembre 1960 pour déception sentimentale ayant déclenché un accès mélancolique.

Traitée par LARGACTIL, 200 mg puis 100 mg, son état s'améliore très vite, elle sort le 17 Décembre 1960, après 24 jours d'hospitalisation.

Deuxième admission le 12 Avril 1961 pour mélancolie avec tentative de suicide ; la malade avait fait une fugue, la crainte d'être internée au retour de cette fugue déclenche l'absorption d'hypnotiques en quantité peu importante d'ailleurs.

Mutisme complet à son arrivée.

Traitée par trois électrochocs + TOFRANIL : 50 mg par jour associé au NOZINAN, 50 mg ; elle devient très vite moins anxieuse.

Sortie d'essai de 2 mois le 24 Mai en milieu familial

Sortie définitive le 24 Juillet 1961.

OBSERVATION N° 8.-

Fe FONTEN... née PILET Renée, 27 ans.

Première hospitalisation

Antécédents familiaux : père bagnard, alcoolique

Antécédents personnels : rien à signaler

Entrée le 9 Novembre 1961 pour mélancolie réactionnelle avec tentative de suicide, à la suite d'une discorde avec son mari, alcoolique invétéré.

A son arrivée, mutisme presque complet, larmes abondantes, insomnie

Traitée par cure de TOFRANIL, commencée le 11 Novembre -doses progressivement croissantes jusqu'à 325 mg, puis doses lentement dégressives - Son état s'améliore rapidement. Un traitement par NOZINAN, 50 mg par jour, est associé au TOFRANIL.

Sortie guérie le 22 Novembre 1961 après 12 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 9.-

Fe CON.... née RENA.... 38 ans - Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique

Entrée le 24 Décembre 1961 pour mélancolie réactionnelle à la suite de difficultés domestiques (son mari est cheminot, elle s'effraie des difficultés financières du ménage qu'elle grossit et tente de se suicider par essai de section des veines du poignet).

A son arrivée : anxieuse, hargneuse, agitée, ne dormant plus et mangeant peu.

Traitée par TOFRANIL à doses croissantes -début à 75 mg - jusqu'à 175 mg, puis, doses dégressives) associé au NOZINAN : 150 puis 200 mg par jour.

Sortie d'essai le 30 Décembre 1961, après six jours d'hospitalisation son état s'étant très rapidement amélioré ; elle demeure un mois en congé sans accident et sort donc à titre définitif le 30 Janvier 1962.

Nous avons appris que la malade s'était pendue en avril 1962, deux mois après être sortie du service.

OBSERVATION N° 10.-

Melle MOR.... 60 ans. Troisième hospitalisation

Antécédents familiaux : mère hyperémotive paranoïaque

Une soeur a présenté un accès dépressif.

Première hospitalisation le 17 Juin 1935 pour mélancolie avec attitude hystérique

Sortie le 20 Décembre 1935 après 6 mois d'hospitalisation

Deuxième hospitalisation : 14 ans après, le 9 Février 1949, pour mélancolie avec appoint hypocondriaque.

Traitée par 10 électrochocs, la malade sort le 11 Mars 1949 améliorée, après un mois de séjour dans le service.

Troisième hospitalisation : le 16 Juin 1961 pour mélancolie réactionnelle (sa nièce et filleule enceinte à l'époque ayant perdu d'otite et méningite une enfant de 3 ans) l'émotion serait la cause de la crise actuelle.

Traitée par trois électrochocs et 25 mg de NOZINAN par jour.

Son état semble très nettement amélioré après le deuxième électrochoc. Elle sort guérie le 1er juillet 1961 après 15 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 11.-

Fe FOUC... divorcée de GIR... 47 ans

Première hospitalisation

Aucun antécédent pathologique avant juillet 1960 où son médecin découvre un nodule au niveau du sein gauche qui s'avère être après l'opération du 30 Août et l'examen histologique, un épithélioma.

Entrée le 18 Janvier 1961 pour mélancolie réactionnelle ; après l'opération, des séances de radiothérapie ont été faites ; il semblerait que l'annonce de la continuation de celles-ci, sur l'avis des radiologues, l'envahissement lymphatique étant important, ait déclenché cet accès dépressif, Mme FOU... soupçonnant une maladie grave.

Tristesse, anorexie, insomnie, à son arrivée.

Traitée par 5 électrochocs et 200 mg de NOZINAN par jour, son état s'améliore très lentement, elle reste encore très affligée et retrouve difficilement le sommeil.

Elle sort améliorée le 31 Mars 1961 après deux mois et demi d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 12.-

Vve BER.... née FRAN... 30 ans. Première hospitalisation
Aucun antécédent pathologique

Entrée le 2 Mai 1961 pour mélancolie réactionnelle à la suite du suicide de son mari sous-officier aviateur en Algérie. Cet accident a eu lieu au moment des événements d'Alger ; elle reste seule avec 3 enfants de 11, 10 et 8 ans.

C'est une jeune femme de constitution fragile, petite, maigre, (39 kgs pour 1 m 57 environ), anorexique, et ayant perdu le sommeil. L'accès dépressif a été d'autant plus brutal que le ménage était très uni et Mme BER.... cherche en vain une explication à ce qui a dû être chez son mari une crise soudaine de désespoir consécutive à une absorption inhabituelle d'alcool. Confiée à l'Assistante Sociale et à la Psychologue du Service, elle ne reçoit aucun traitement que 3 comprimés de PROCALMADIOL par jour et de l'INSULINE à petites doses (10 unités par jour) pour exciter son appétit.

Sortie le 13 Mai 1961 après 10 jours d'hospitalisation, son état s'est bien amélioré ; elle a pris 1 kg

Nous avons eu de ses nouvelles depuis sa sortie par l'Assistante Sociale du Service, ces nouvelles sont excellentes.

OBSERVATION N° 13.-

Fe. BEC... née LE NO.... 30 ans. Première hospitalisation.

Antécédents : primo-infection avec pleurésie à 14 ans. Chute à 25 ans, à la suite de laquelle elle aurait eu les deux jambes paralysées pendant 8 jours.

Entrée le 20 Février 1961 pour dépression mélancolique réactive avec deux tentatives de suicide dont la deuxième a nécessité son admission en médecine après absorption de Vériane ; cette dépression fait suite à des soucis domestiques. Mariée depuis 2 mois, elle travaille toute la journée dans une banque et doit s'occuper le soir de ses 3 enfants âgés respectivement de 6 ans, 2 ans 1/2, 1 an. Son mari ouvrier spécialisé est en chômage depuis un mois, il ne fait rien pour l'aider.

Malade lucide, mais triste, larmes abondantes. Idées de mort très fortes à son arrivée.

Traitée par 2 électrochocs et 50 mg de NOZINAN. Son état s'améliore rapidement, ses idées de suicide disparaissent.

Sortie le 4 Mars 1961 après 15 jours dans le service. Guérie.

OBSERVATION N° 14.-

Fe. VIT. ... née MIL.... 26 ans. Première hospitalisation.

Antécédents familiaux. - Grand-mère internée pour démence sénile

Antécédents personnels. - Crises nerveuses d'épilepsie depuis 2 ans, confirmées par un électroencéphalogramme

Deux autres tentatives de suicide quelques mois auparavant.

Entrée le 21 Décembre 1961 pour mélancolie réactive (maltraitée par un mari ivrogne) avec tentative de suicide (absorption de gardénal, plusieurs jours dans le coma, en médecine).

A son arrivée elle est maigre (48 kg pour 1 m 60 environ), geignarde, angoissée à l'idée de revoir son mari et pleurant sur le sort de ses deux enfants (4 ans et 2 ans 1/2).

Traitée par NOZINAN à doses progressivement croissantes (50 puis 100, puis 150 mg) auquel est associé le 2 Janvier, TOFRANIL (75 mg par jour)

Un traitement antiépileptique de POSEDRIINE (3 comprimés par jour) est également institué.

Son état s'améliore lentement, mais elle retrouve l'appétit (gain de 5 kgs en 1 mois)

Elle sort très améliorée le 25 Janvier 1962

OBSERVATION N° 15.-

Fe. DELAU..... née RICH. 74 ans. Première hospitalisation.

Antécédents.- Un électrochoc dans une clinique de TOURS, il y a 14 ans, pour un état dépressif, semble-t-il.

Entrée le 6 Octobre 1961 pour mélancolie réactive survenue à la suite d'une discorde avec ses voisins à propos d'un chien bruyant.

A son arrivée : auto-accusation, anxiété, amaigrissement. La malade ne s'alimente presque plus, ne dort plus.

Traitée par LIBRIUM (3 puis 4 puis 5 capsules) du 6 Octobre au 11 Octobre, sans résultat (la malade délire, se croit calomniée et entourée de voisins ennemis) ; 5 électrochocs et 50 mg de NOZINAN vont l'améliorer très rapidement.

Elle sort un mois à l'essai le 4 Novembre 1961, son comportement ayant été tout à fait normal, elle sort à titre définitif le 4 Décembre 1961, guérie. Elle est restée un mois dans le service.

OBSERVATION N° 16.-

Fe. BROUA.... née DALONN..... Michèle, 23 ans. Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel

Entrée le 22 Janvier 1962 pour mélancolie réactionnelle avec tentative de suicide (sa petite fille de 4 ans est née prématurée et aveugle, le spécialiste qui a revu l'enfant ces jours-ci émet un pronostic réservé quant à son état de santé : tension oculaire élevée, possibilité d'une tumeur cérébrale).

Parle peu, anorexie, douleur morale importante, quand elle arrive.

Traitée par NOZINAN 50 mg par jour, elle se montre calme et lucide dès le 2ème jour d'hospitalisation.

Sortie le 27 Janvier 1962 , après 5 jours d'hospitalisation.

Guérie.

OBSERVATION N° 17.-

Fe. LE.... née LEB.... 36 ans. Troisième hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel.

Première admission le 30 Mai 1961 pour mélancolie réactive, mauvais résultat de l'achat d'un commerce de poissonnerie avec dette. Pour ce commerce la malade s'est surmenée, le travail à accomplir dépassant ses possibilités.

Inquiète à son arrivée, ne mangeant plus, ne dormant plus, idées de suicide.

Traitée par 3 électrochocs et NOZINAN 75 mg par jour, elle reprend peu à peu confiance en elle.

Sortie le 8 Juin 1961 après 8 jours d'hospitalisation.

Deuxième admission le 8 Janvier 1962, sept mois après avoir quitté le service ; elle s'est reposée un mois mais très vite se trouve à nouveau accablée par son commerce.

A son arrivée : sentiments d'impuissance, d'incapacité, tristesse profonde, raptus anxieux.

Traitée par cure de TOFRANIL, la cure est commencée le 10 Janvier 1962 mais doit être arrêtée le 5 Février, à la dose de 125 mg, la malade présentant des palpitations. Le NOZINAN avait été commencé en association avec le TOFRANIL : 100 mg par jour et sera continué avec LIBRIUM (5 puis 8 capsules par jour jusqu'à sa sortie). Elle prend alors 5 kgs, a perdu ses inquiétudes.

Sortie le 24 Février 1962 après un mois 1/2 de séjour

Troisième admission le 14 Septembre 1962 pour état dépressif réactionnel à des soucis domestiques, 7 mois après sa sortie. Le commerce de poissonnerie est abandonné, elle prend un travail de femme de chambre qu'elle abandonne car elle est surmenée. Son mari trouve un emploi de maraîcher et décide de placer la fille aînée comme bonne à tout faire dans un hôtel. Mettant en doute la moralité de l'établissement, Madame MES... se querelle avec son mari, ce dernier s'étant par ailleurs mis à boire depuis quelque temps. Nouvel état dépressif.

Traitée par 3 électrochocs + NOZINAN 100 puis 300 mg par jour

auquel le TOFRANIL est associé à petites doses. Son état s'améliore lentement, elle sort le 30 Septembre 1962 après 17 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 18.-

Fe. YU.... née MAUR.... 48 ans - Deuxième hospitalisation.

Antécédents familiaux : père décédé en service psychiatrique.

Aucun antécédent pathologique personnel.

Première hospitalisation le 6 Novembre 1961 pour état dépressif réactionnel (départ de son fils en Algérie, début novembre).

A son arrivée : asthénie, importante avec anxiété, insomnie, anorexie, tachycardie.

Traitée par 6 électrochocs et NOZINAN : 100 mg par jour. Son état s'améliore rapidement après les trois premiers électrochocs. Sortie le 25 Novembre 1961 après 18 jours d'hospitalisation.

Deuxième hospitalisation le 12 Janvier 1962, soit un mois après sa sortie du service, toujours pour un état dépressif réactionnel, (son fils étant en Algérie et ne lui donnant pas de nouvelles). Elle présente par ailleurs un zona intercostal droit.

Traitée par TOFRANIL à doses croissantes (75 jusqu'à 175 mg) associé à NOZINAN : 75 mg par jour

Sortie le 3 Février après avoir séjourné dans le service de dermatologie pour son zona, où son comportement était normal.

OBSERVATION N° 19.-

Fe. LEM.... née FOU... 35 ans - Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique familial ou personnel.

Divorcée il y a 6 ans : 3 enfants de 12 et 8 ans, un enfant de 15 mois.

Entrée le 6 Novembre 1962 pour mélancolie réactionnelle consécutive à des soucis domestiques (son mari rentre trop tard d'un match de foot-ball) avec tentative de suicide par absorption de PROCALMADIOL.

Dans le service la malade est calme et lucide, quelques crises de larmes les premiers jours.

Traitée par NOZINAN 25 mg par jour

Sortie le 25 Novembre 1962 après 19 jours d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 20.-

Fe. GAL.... née BRIGN.... 49 ans. Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique

Entrée le 18 Octobre 1962 pour mélancolie avec prostration entrecoupée d'agitation violente, avec stupeur confusionnelle avec fièvre, chez une repatriée d'Algérie (choquée par les scènes d'atrocités auxquelles elle a assisté).

A son arrivée, délire, alternant avec stupeur, pantophrasie, alimentation impossible, anémie.

Traitée par perfusions de glucose isotonique, sang, plasma (perturbations de son ionogramme avec protéines basses). Dans ses perfusions de glucose isotonique sont ajoutées des doses importantes de LARGACTIL (600 mg au début, puis doses dégressives jusqu'à 125 mg).

Sort de cette phase suraiguë après trois semaines environ, son état s'améliore alors lentement, c'est à ce moment là que nous avons des explications au sujet de son état dépressif.

Son anémie se répare (3.500.000 G.R. au début - 4.700.000 après la deuxième transfusion), ses protides redeviennent normaux (43 au début - 67 gr à sa sortie).

Elle sort guérie le 6 Décembre 1962 après 1 mois 1/2 d'hospitalisation, ayant conservé une dose de 125 mg de LARGACTIL jusqu'à sa sortie.

OBSERVATION N° 21.-

Mélancolie atypique - Schizoïde ?

Première hospitalisation.

Antécédents : à 18 ans dépression légère à l'Ecole Normale, persuadée qu'elle ne réussit pas, alors qu'elle est une brillante élève, elle reste prostrée plusieurs jours chez ses parents.

A 22 ans, nouvelle dépression à la suite d'une déception sentimentale.

A 24 ans, elle rompt ses fiançailles sans motif.

Entrée le 24 Mars 1962 pour mélancolie réactive (ne peut avoir d'enfants). Elle épouse à 25 ans, un veuf ayant deux fillettes de 5 à 9 ans, au bout de quelques années, elle devient obsédée par l'idée qu'elle ne peut avoir d'enfants. Elle voit de nombreux spécialistes, il semble que le pronostic quant à la grossesse, de l'un d'eux soit à l'origine de son état dépressif.

A son arrivée semi-mutisme, faciès figé et douloureux, ennui continu.

Traitée par cure de Sakel (le premier coma est obtenu le 2 Avril avec 65 unités d'insuline), son état s'améliore très lentement.

Elle sort le 12 Mai 1962, après deux mois d'hospitalisation, améliorée.

OBSERVATION N° 22.-

Mlle SIM.... 27 ans - Première hospitalisation

Antécédents : Assistance publique

Parents alcooliques

Méningite dans l'enfance

Une hospitalisation en psychiatrie au MANS, pendant 1 mois 1/2, traitée par quelques électrochocs dont elle garde un mauvais souvenir.

Entrée le 7 Août 1962 pour mélancolie stuporeuse. Employée de ferme depuis l'âge de 14 ans, elle a changé de place depuis un an ; à la suite du mariage du fils de son employeur début

juillet 1962, elle commence à présenter des troubles de type dépressif, car elle pense perdre sa place et l'estime de son père.
A son arrivée : stupeur, anxiété, maigreur, anorexie depuis plusieurs jours.

Traitée par TOFRANIL per os 50 puis 75 mg par jour, auquel est associé NOZINAN 50 mg par jour. Son état s'améliore très vite, son appétit redevient normal.

Sortie guérie le 17 Août 1962, après 10 jours d'hospitalisation

OBSERVATION N° 23.-

Fe. LAMI.... Dée ESN.... 26 ans. Première hospitalisation.

Aucun antécédent pathologique, familial ou personnel

Entrée le 5 Juin 1962 pour mélancolie réactionnelle à la suite d'une déception sentimentale avec tentative de suicide (section des veines du poignet).

Divorcée depuis 6 ans, elle a deux enfants de 5 et 2 ans, Serveuse de bar depuis deux mois, elle s'éprend d'un homme marié dont la femme est internée dans une Clinique psychiatrique. Elle fait une crise de jalousie en voyant un jour son ami arriver en compagnie d'une de ses camarades.

A son entrée : mutisme, anxiété

Traitée par 3 électrochocs et 50 mg de NOZINAN par jour

Elle commence à parler après le premier électrochoc, mais conserve un fond d'anxiété avec larmes abondantes

Elle sort le 16 Juin 1962, guérie après une semaine d'hospitalisation.

OBSERVATION N° 24.-

Vve VEZ..... née DU..... 64 ans. Deuxième hospitalisation.

Antécédents personnels.- Opération pour néoplasme utérin avec radiumthérapie en 1959.

Aucun antécédent psychique

Décès de son mari en février 1961, la laissant seule, sans enfants.

Hospitalisée dans une clinique psychiatrique le 2 Décembre 1961, où elle est traitée par cure de sommeil, pour état dépressif à la suite du décès de son mari.

Entrée le 29 Janvier 1962

A la mort de son mari, son comportement change du tout au tout, elle ne dort plus, divague, rend l'existence de sa soeur qui l'a prise en charge impossible. Pendant un an et jusqu'à son arrivée aucune amélioration n'est constatée. Elle parle peu et lentement; n'a aucune activité, dort peu, tachycardique, anorexique.

Traitée par TOFRANIL jusqu'au 4 Février, 75 mg per os ainsi que NOZINAN 75 mg par jour. Le TOFRANIL doit être arrêté car la malade présente des palpitations ; le NOZINAN est continué, associé au LIBRIUM à doses progressivement croissantes (jusqu'à la dose totale de 9 capsules à 10 mg par jour).

Elle est légèrement améliorée par cette association médicamenteuse et sort le 27 Avril 1962 après deux mois d'hospitalisation

Deuxième hospitalisation.- le 16 Juin 1962, 4 mois après être sortie du service ; est allée en maison de repos, mais conservait toujours, tristesse, insomnie, palpitations.

Traitée par 4 électrochocs et NOZINAN 125 mg, une sortie d'essai est tentée le 18 Juillet 1962, son état d'étant très légèrement amélioré ; de nouveau elle se montre inquiète ; une lobotomie lui est proposée, mais elle refuse et sort définitivement le 18 Août 1962.

COMMENTAIRES & ANALYSES

DES 24 OBSERVATIONS ETUDIEES.

Nous avons rapporté 24 cas de mélancolies réactionnelles chez des femmes dont l'âge variait entre 18 et 70 ans ; nous avons constaté que le pronostic était meilleur chez les jeunes puisque sur 18 malades hospitalisées une seule fois, 16 avaient moins de 40 ans ; par contre sur les 6 rechutes observées, 4 malades avaient 50 ans ou plus.

Dans les antécédents de nos malades nous avons relevé une hérédité pathologique 6 fois sur 24.

Melle GONZA (observation n° 8) suicide d'une tante
tentative de suicide d'une
soeur

Fe. FONTE..... (observation n° 9) Hérédité alcoolique

Fe. VIT..... (Observation n° 15) - grand-mère démente

Fe YVON..... (observation n° 19) - père dédoublé en psychiatrie

Melle SIM..... (Observation n° 23) Hérédité alcoolique

Deux fois sur 24 nos malades avaient des antécédents personnels.

Melle GONZA..... (Observation n° 8) - Erotomanie - Fugues
Fe. VIT..... (Observation n° 15) - Epileptique

Il résulte de l'étude de ces antécédents que 75 % des malades n'ont aucune hérédité pathologique et que 83 % environ n'ont aucun antécédent pathologique personnel.

Pour le traitement de ces 24 malades, l'association des neuroleptiques a été utilisée systématiquement. Rarement nous avons utilisé le LARGACTIL, dans quelques cas le LIBRIUM, mais souvent c'est la Lévomépromazine (NOZINAN) qui a été employée. A l'Hôpital, nous avons donné en général, des doses de NOZINAN variant de 50 à 200 mg par jour. Grâce à l'association TOFRANIL + NOZINAN, nous avons obtenu une sédation de l'anxiété assez rapide dans quelques cas, jamais il n'y eut d'inversion thymique.

Malgré l'association NOZINAN + TOFRANIL, la chimiothérapie mixte reste longue à agir surtout dans les cas graves où l'amélioration est lente et nous avons tenté de réduire ce fâcheux temps de latence hautement préjudiciable à l'égard du malade, d'abord, parce qu'il expose à des paroxysmes, d'où les risques suicidaires ; préjudice aussi pour l'effet déprimant sur les autres malades du service. Nous croyons donc à la nécessité de franchir très vite la période aiguë pour intégrer le malade dans un groupe et le faire participer aux activités de l'ergothérapie et à la vie sociale, meilleure prévention contre le retour des idées mélancoliques.

C'est pour ces raisons que souvent l'urgence thérapeutique nous a paru justifier l'association à la chimiothérapie de l'électrochoc. Quelquefois, le traitement a débuté par l'électrochoc puis à l'issue d'un nombre raisonnable, exceptionnellement plus de 5, nous avons institué une chimiothérapie mixte avec de petites doses de TOFRANIL et de NOZINAN associés.

Le plus souvent, le traitement a été commencé en associant chimiothérapie et électrochoc.

Exceptionnellement, il y eut une alternance.

De toute façon, nous pouvons remarquer que l'association électrochimiothérapie permet de diminuer le nombre d'électrochocs et d'obtenir sinon une sortie plus rapide, du moins un traitement nettement plus confortable pour le malade.

Dans un rapport sur le traitement des états dépressifs et mélancoliques, le Professeur DELAY et ses Collaborateurs ont insisté sur cette association au Congrès de TOURS de 1959. "Aux adversaires systématiques de l'électrochoc, il faut demander de considérer la marge d'inefficacité que comportent encore les chimiothérapies et de noter que l'association de l'électrochoc à l'imipramine réduit considérablement cette marge".

Nous avons divisé nos 24 observations en autant de groupes que de traitements différents : 16 sur 24 ont été

traitées par sismothérapie ou chimiothérapie mixte (TOFRANIL + NOZINAN).

GROUPE I	Electrochocs	)	11
		)	
	+ Tofranil	)	
	+ Nozinan	)	
GROUPE II	Tofranil	)	5
		)	
	+ Nozinan	)	
GROUPE III	Nozinan seul		3
GROUPE IV	Cure de Sakel		1
GROUPE V	Largactil		2
GROUPE VI	Sans traitement		2
	ou Procalmadiol		

Ce tableau comparatif montre que sur 24 malades, un peu moins de la moitié ont été traitées par l'association chimiothérapie + électrochocs, 8 sur 24 par la chimiothérapie, sans sismothérapie.

Depuis l'emploi systématique de curarisants de synthèse avant l'électrochoc, nous n'avons observé aucun accident.

Parmi nos observations où le TOFRANIL a été utilisé nous avons observé des troubles secondaires deux fois : Dans l'observation n° 17 (Mme LES.... 36 ans) il s'agissait d'une cure de TOFRANIL qui a dû être interrompue, la malade

présentant des palpitations. L'électrocardiogramme n'a montré aucune altération.

Dans l'observation n° 24 (Mme VEZ.... 64 ans) le TOFRANIL était employé per os à petites doses, 75 mg par jour ; là encore nous avons observé des palpitations. L'électrocardiogramme a montré une altération de la repolarisation ventriculaire, existant certainement antérieurement.

Pour les 8 autres observations, nous n'avons observé aucun trouble et l'effet du TOFRANIL s'est toujours montré rapide (N° 1 - 3 - 7 - 8 - 9 - 14 - 18 - 22).

Deux fois nous avons employé le Librium. Dans l'observation n° 15 (Mme DEL... 74 ans) nous n'avons pas obtenu de bon résultat.

Dans l'observation n° 24 (Mme VEZ.... 64 ans) nous avons eu une légère amélioration.

Deux fois nous avons utilisé le LARGACTIL.

Dans l'observation n° 7 (Melle GONZ.... 15 ans) au cours de sa première hospitalisation, où le résultat fut bon.

Dans l'observation n° 20 (Mme GAL...) le LARGACTIL a été employé en perfusion intraveineuse à fortes doses (600 mg au début du traitement) et a donné de bons résultats dans cette forme suraiguë.

Nous avons jugé de l'efficacité de la thérapeutique d'un double point de vue, sortie immédiate rapide, absence

de rechute ; sur nos 24 observations , 18 n'ont été hospitalisées qu'une seule fois, le recul des observations de 1962 n'est peut-être pas suffisant pour dire que ce sont de très bons résultats, par contre celles de 1960 et 1961 peuvent être jugées comme telles.

Sur ces 18 malades : 10 sont restées moins de 15 jours dont 6 hospitalisées en 1960 et 1961.

- 5 sont restées de 15 jours à un mois

- 1 est restée plus d'un mois

2 cas particuliers pour ces 18 malades :

l'observation n° 22 (Mme LAG....) cure de Sakel

l'observation n° 10 (Mme CON....) restée 6 jours mais qui s'est pendue un mois après être sortie.

Sur nos 24 malades, 6 ont rechuté, 4 une seule fois, 2 deux fois et plus.

Nous avons constaté au cours de ces rechutes un temps d'hospitalisation généralement plus long, sauf pour 2 cas. Dans l'observation n° 24 (Mme VEZ...) qui était sortie un mois à l'essai a refusé une lobotomie ; il semble que la peur de cette opération ait produit un choc psychique qui a permis de raccourcir le second séjour dans le service et a déclenché la guérison.

L'observation n° 10 (Mlle MOR...) nous a paru également très intéressante car elle nous permet de juger des progrès des traitements de la mélancolie depuis la sismothérapie d'une part, depuis l'association sismo-chimiothérapie, d'autre part.

En effet, en 1935, pas de sismothérapie, pas de chimiothérapie, la malade séjourne 6 mois dans le service.

En 1949, sismothérapie mais pas de chimiothérapie, la malade reste un mois dans le service.

En 1961, traitée par 3 électrochocs + NOZINAN, elle sort au bout de 15 jours.

TABLEAU RECAPITULATIF DE CES RESULTATS

	NOMBRE DE MALADES	TEMPS DE SEJOUR		
		Moins de 15 jours	15 à 30 jours	Plus de 30 jours
sans rechute	18	10	5	1
1 rechute	4		1	2
2 ou 3 rechutes	2			1
=====				

Bien que ces 24 observations ne constituent pas une statistique permettant des conclusions irréfutables, nous avons recueilli toutes les mélancolies des années 1960 - 1961 et 1962 et nous avons essayé de faire une étude comparative du pronostic des formes réactionnelles et de toutes les autres formes.

280 malades ont été hospitalisées dans le service de Monsieur le Professeur FROMENTY avec le diagnostic de mélancolies, 24 étaient des formes réactionnelles soit environ 9 %.

Sur les 255 autres mélancolies 126 ont été hospitalisées une seule fois soit un peu moins de la moitié

72 ont été hospitalisées plus de deux fois, soit un peu plus du quart.

TABLEAU RECAPITULATIF montrant la différence de pronostic des
deux types de mélancolies

	NOMBRE TOTAL	1 seul sé- jour	2 séjours	plus de 2 séjours
Mélancolies réactionnelles	24	18	4	2
Autres formes de mélancolies	255	126	57	72

Le traitement des mélancolies étant le même dans les formes réactionnelles et dans les autres formes, nous voyons par contre que le pronostic est différent. S'il est meilleur dans les formes réactionnelles, c'est que le plus souvent dans ce type de psychoses, la maladie n'a pas d'antécédents pathologiques, le début de sa maladie est récent, avec des sentiments motivés, où notre compréhension est aisée, la guérison est facilitée souvent par la solution apportée aux difficultés ayant entraîné l'état dépressif. D'où l'importance de la psychothérapie d'ajustement social et familial qui commence dès l'abord du malade.

CONCLUSIONS

1) Les mélancolies réactionnelles restent des réalités cliniques incontestables, caractérisées par un début brusque provoqué par un choc affectif brutal, le plus souvent hospitalisation courte, absence de rechute, sans aucun antécédent pathologique personnel ou familial chez la malade.

2) Son pronostic dans la plupart de nos observations est bon puisque nous avons constaté souvent avec un recul satisfaisant que peu de malades rechutaient. Notre statistique comparative avec les autres formes de mélancolies où plus de 50 % des malades devaient être réhospitalisées a permis de confirmer cette opinion.

3) L'utilisation de la sismothérapie et de la chimiothérapie associées a permis de raccourcir la durée d'hospitalisation des malades.

L'emploi systématique des neuroleptiques et en particulier de la Levomépromazine permet en grande partie de pallier aux inversions thymiques de type maniaque et semble avoir sur l'anxiété une action qui corrige les effets thymoleptiques de l'Imipramine (TOFRANIL) - action heureuse surtout

sur l'insomnie au début, mais parfois augmentant l'impulsivité anxieuse. L'association avec l'électrochoc dans les cas graves, permet à notre avis, de remédier aux deux inconvénients majeurs de la chimiothérapie isolée : la lenteur d'action, la possibilité d'exacerbation des troubles. L'électrochoc provoque la sédation plus rapide des paroxysmes anxieux ou dépressifs, il permet "le contrôle de la situation". L'association au NOZINAN au TOFRANIL, ou aux deux associés permet de diminuer le nombre d'électrochocs, ce qui atténue les inconvénients de cette thérapeutique.

4) Toutes les ressources de la psychothérapie et de la sociothérapie doivent être mises en oeuvre et parfois elles donnent, à elles seules, des résultats remarquables.

B I B L I O G R A P H I E

I - ETUDE DES PSYCHOSES REACTIONNELLES

1 - ALLIEZ.-

Menaces de guerre et troubles mentaux
Marseille Médical - 76ème Année n° 81

2 - ALLIEZ & DIATKINE.-

Réactions psychopathiques observées dans la population civile à l'occasion d'événements de guerre.

XVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française

MASSON Edit. PARIS 1949 (99 - 102)

3 - ANTONELLI F.-

Le problème nosologique des dépressions réactives
Rev. Path. Nerv. Ment. 1959 - 80 - n° 3 (903-937
Bibliog.)

4 - BARUK.-

La psychopathologie de la mélancolie. La mélancolie de la conscience morale.

Ann. Med. Psychol. Janvier 1955 n° 1 (111 - 114)

5 - L. BONNAFE - H. EY - J. LACAN - S. FOLLIN - J. ROUART.-

Le problème de la psychogénèse des névroses et psychoses

6 - BOREL.-

Etats passionnels et psychoses réactionnelles
Communication au XLVII^e Congrès des Médecins
Aliénistes et neurologistes de langue française
MASSON. Edit. PARIS 1949 - (81-85)

7 - CAVE.-

Dépression mélancolique réactionnelle
Annales médico psych. 1949

8 - CHARLIN A.-

Psychoses réactionnelles en captivité
XLVII^e Congrès des Médecins aliénistes et
neurologistes de langue française
MASSON Edit. PARIS 1949 (90 - 98)

9 - CHATAGNON.-

De la légitimité et des limites des psychoses
réactionnelles XLVII^e Congrès des médecins
aliénistes et neurologistes de langue française
MASSON Edit. PARIS 1949

10 - CREMIEUX A.-

Les syndrômes mélancoliques
Archives de Médecine - Mai, Juin 1955

11 - CREMIEUX A., MERLAND A., CAIN J., Mme FABRE.-

Recherche des critères de légitimité des psychoses
réactionnelles.

XLVII^e Congrès des médecins aliénistes et neuro-
logistes de langue française

MASSON Edit. 1949 (86 - 89)

12 - DAUMEZON & DENIS.-

Pronostic des états mélancoliques

Annales médico-psychol. 10 Mars 1954

13 - DELINEAU.-

Conception psychopathologique des états dépressifs

14 - DEWAR M. & MAC COMMOND.-

Accès dépressifs chez les femmes de West. Highlands

Ann. J. Psychiat. Sept. 1962, 119 n° 3 (217-221)

(Bibliogr.)

15 - DIGO R.-

Mélancolie - Etude clinique

E. M. C. Psychiatrie 37.210 - A 10

16 - DITFURTH H.-

La dépression endogène en tant que conséquence
du trouble d'un rapport végétatif avec le milieu

Bibliog. Psych. Neurol. (Suppl. Psych. Neurol. 1960
n° 10 - 1 - 82 (Bibliogr.)

17 - EY H.-

Etudes psychiatriques - Tome 3

18 - Melle FABRE.-

Critères de légitimité des psychoses réactionnelles
Thèse.

19 - FREUD.-

Deuil et mélancolie

Collect. Paper 4 - 288 - 317 et 152 - 170

20 - GEORGI F.-

Sur le problème des réactions psycho-pathologi-
ques consécutives à des événements de guerre.

Schweiz. Arch. F. Neurol. Psych. 1943 - 51 n° 1-2
54 - 68 -Bibliogr-

21 - LANGE J.-

Über Melancolie - Z. Ges Neurol. Psychiat. 1926 -
101 - 293

22 - LANGE J.-

Die endogenen und reaktiven Gemüts-Krankugnen und
die manich. depressive Konstitution
Bumkes Hd d Geiteskrank, vol. VI Springer -
Berlin 1928

23 - LANGE.-

Affekte Birnbaum's Handwörterbuch
d. med. Psychol. Leipzig 1930 - p 23

25 - LE MAPPIAN.-

Les états dépressifs et la notion de réaction
Entretiens Psych.

26 - LE MAPPIAN.-

Les états dépressifs

Encephale 1949

27 - LEVY - VALENSI.-

Les psychoses réactionnelles

C. M. 3 - 1 - 57 n° 1 (15 - 18)

28 - MASSON A.-

Etats réactionnels et psychoses réactionnelles

Communication au LI^e Congrès des médecins aliénis-
tes et neurologistes de langue française

MASSON Edit. PARIS 1953

29 - MEERWEIN F.-

Considérations sur les problèmes de la culpabilité
dans les dépressions.

Schweiz - Arch. Neurol. Psych. 1959 - 83 n° 1
(34 - 39)

30 - MOREL.-

Maladie ou anomalie réactionnelle en neuro-psychia-
trie.

Médecine d'Hygiène n° 133 1/11/1948.

31 - MONTASSUT.-

La dépression constitutionnelle

PARIS 1938

32 - PACHE R.-

La notion de réaction et les états de dépression

Essai de psychologie concrète. Thèse MARSEILLE

1959 - n° 68

33 - PAULEIKHOFF B.-

L'importance des situations sur le déclenchement
de phases de dépression endogène

Arch. F. Psych. 1958 - 197 n° 6 (669 - 685 Bibliog.)

34 - PAULEIKHOFF.-

A propos du déclenchement de phases dépressives
endogènes par des influences extérieures

Arch. P. Psych. 1959 - 198 n° 4 (456-470 Bibliog.)

35 - PLANSON C.- (Melle)

Nosographie des états dépressifs

Thèse MARSEILLE 1957 - n° 115

36 - POLLOCK G.H.-

Depression et adaptation -

Intern. J. Psycho. Anal. Juillet Octobre 1941 - 42 -
n° 4 - 5 (341 - 361 Bibliogr.)

37 - REDALIE S.-

La notion de réaction en psychiatrie

Schweiz Arch. Neurol. Psych. 1929

38 - REDALIE.-

Les types réactionnels psychiques

Annales Med. Psych. 1932 - 1

39 - ROUART J.-

Depression et problèmes de psychopathologie générale

Evol. Psych. Juil. Sept. 1955 - n° 3 (459-466)

40 - SCHNEIDER.-

Le concept de réaction en psychiatrie

Zschr. ges Neuro. Psy. 1935 - 95 - 500

41 - SCHNEIDER P.B.-

Etats dépressifs endogènes et exogènes - diagnos-
tic différentiel

Praxis. 6 Aout 1953 - 42 n° 32 (664 - 669 Bibliog.)

42 - SIGWALD - STEIN C - QUELIN Melle.-

Influence de la vie moderne sur l'état psychique de
l'individu - Les états dépressifs en rapport avec
les conditions actuelles de l'existence

Gaz. Med. France - 10 sept. 1956 - 63 n° 17

(1399 - 1406)

43 - URECHIA.-

Les psychoses réactionnelles

Encéphalo (1931 p. 591)

44 - VIDAL B. Mme VIDAL E.-

Etats dépressifs après deuil

Ann. Med. Psychol. 1960 - 118 - n° 4 - 699 - 718

(Bibliog.)

45 - WIDLOCHER D.-

Psychoses réactionnelles

Encéphale 1958 - 47 n° 6 - 533 - 541

46 - WILSON D.C.-

Dynamic and psychotherapy of depression

J.A. M.A. 1955 - 158

47 - WISDOM.-

Comparaison et développement des théories psycho-
analytiques de la mélancolie

Internat J. Psycho. Anal. mars, Juin 1962 - 43 n° 2-
113 - 132 (Bibliog.)

48 - WRETMARK G.-

Etude des réactions de chagrin

Acta psychia. neuro scand. 1959, 34, suppl. 136
292 - 299 (Bibliogr.)

49 - Colloque sur les états dépressifs (21° Congrès International
de psychanalyse Copenhague Juillet 1959 - Rev. Franc. Psy-
Juillet Dec. 1961, 25 n° 4 - 5 - 6 (901 - 943)

II - LES TRAITEMENTS DES MELANCOLIES

1) Historique

50 - ANGLADE & BALLET.-

Mélancolie in : Traité de Gilbert BALLET (PARIS 1903)

51 - BARUK H.-

Traité de psychiatrie

MASSON Edit. 1959 - Au chapitre Mélancolie et au
chapitre : Traitements biologiques non spécifiques
(importante bibliographie)

51 Bis - BARUK H.-

Les thérapeutiques psychiatriques
(Collection "Que sais-je - P. U. F.).

52 - COSSA P.-

Rapport de la XLIV^e Session du Congrès des aliénistes
et neurologistes de France et des pays de langue
française

MASSON Edit. Juillet 1946

53 - COSSA P.-

Traité de thérapeutique neurologique et psychiatrique.

54 - DELAY J.-

L'électrochoc et la psycho-physiologie

MASSON 1946

55 - DIGO R.-

La mélancolie et l'électrochoc -

Thèse PARIS 1947

56 - EY & BURGUET.-

Action de l'électrochoc dans la mélancolie (AMP

Février 1952 pp. 214 - 219)

57 - FAYRAL.-

Rapport au Congrès de LYON 1957

58 - LAPIPE M. & RONDEPIERRE J.-

L'électrochoc MALOINE 1957

2) Levomepromazine - 7044 R.P. (Nozinan)

59 - BRISSET Ch & FESSARD J.-

Les médications neuroleptiques en psychiatrie

E.M.C. Psych. Bibliographie importante

60 - COLLIER G. & MARTIN A.-

Traitement des dépressions mélancoliques par la
Levomepromazine (7044 R.P.) (Ann. Med. Psych.
1958 - 116 - 2. 2 - 300 - 310)

61 - DEBERT E.-

Etude de l'activité d'une nouvelle phénothiazine
la Levomepromazine (7044 R.P.)
Acta Neurol. Psychiat. Belg. 1958 - 58 - 934)

62 - DESCHAMPS A. MADRE J.-

Traitements en psychiatrie par un nouveau neurolep-
tique (7044 R.P.) Quelques résultats (Presse Medi.
1957 - 65 - 46 1071 - 1074)

63 - GAYRAL L.

Nouvelles chimiothérapies en psychiatrie
Rapport de Thérapeutique présenté au Congrès des
Médecins aliénistes et neurologistes de France et
des pays de langue française. LYON 1957 ; PARIS
MASSON Edit. 1957.

64 - DESHAIES E. LANTERI - LAURAG & FARGEON A.-

La levomepromazine en thérapeutique psychiatrique
Ann. Med. psychol. 1958 - 116 - 11 - 965)

65 - GURTHUR - SOOS - HAUMONTE.-

Contribution à l'étude de la levomépromazine
Ann. Med. Psychol. 1958, 116 - 11 -980)

66 - LAMBERT P.A. & Coll.-

Essais thérapeutiques d'un nouveau dérivé de la
phénothiazine : la levomepromazine ou 7044 R.P.
Med. psych. 1957, 115, 2, 2

3) Imipramine

67 - AYD F.J.-

Tofranil a new anti depressant
Bull. Sch. Med. Maryland 1959, 44, 29

68 - AZIMA H.-

Imipramine (Tofranil) : a new drug for the depressed
Canada Med. Ass. 1959, 80, 535

69 - AZIMA H., VISPO R.H.-

Imipramine, a potent new anti depressent compound
Amer. J. Psych. 1958, 115, 245

70 - BALESTRIERI A.-

Su di nuovo farmaco ad azione negli stati depressivi
Tofranil - G 22 - 355 ; G. Psichiat. Neuropat.
1959, 1

71 - BARUK H. - LAUNAY S. - TARDY C. - BOIGE P. - BRICOURT J.-

Premiers résultats d'essais thérapeutiques du
G 22 - 355 - Congrès de TOURS, 1959 J.P.

72 - BERGOUIGNAN - DEMANGEAT - CORAP.-

Questions controversées dans le traitement des états
dépressifs par le Tofranil
A. M. P. Février 1960 p. 323

73 - BERGOUIGNAN R. - DEMANGEAT M. - JULIEN J.-

Statistique provisoire des résultats thérapeutiques obtenus avec le G 22 - 355 (Tofranil) dans 80 cas dépressifs
Ann. Med. Psychol. 1959 - III - 710)

74 - BERTAGNA L.-

Chimiothérapie des états dépressifs
Rev. du praticien 1959, 21, 2313

75 - BERTAGNA L.-

Chimiothérapie des états dépressifs - Intérêt pratique et théorique
Cahiers Laennec, 1959, 2, 27.

76 - BERTHERAT Y.-

Contribution à l'étude des nouvelles chimiothérapies de la mélancolie.
Thèse LYON, 1959, Analysé in A.M.P., mai 1960.

77 - BERTHIER Ch. - BOUVARD J.-

Traitement des états dépressifs par le G 22 - 355 (Tofranil) seul ou associé à la levomépromazine
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française - TOURS 1959 - S.I.

78 - BOYD W.D. - FORREST A.D.-

Tofranil.
Brit. Med. J. 1959, 1, 1403

79 - CAILLE.-

Contribution à l'étude de la chimiothérapie des états dépressifs. Une série de 116 malades traités par le Tofranil

Thèse PARIS 1960.

80 - CAVALLE A.-

Un nuevo anti depresivo : el Tobranil Geigy (22-355)

Med. Clin. Barcelona 1959, 32, 34

81 - CARGNELLO D.-

Une année d'expérience thérapeutique avec le Tofranil

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, TOURS, 1959 S.P.)

82 - CORAP.-

Imipramine dans les états dépressifs

Thèse, BORDEAUX, 1959

83 - CRENIEUX A. - ROGER J. - PACHE D. - KHALIL R.-

L'utilisation du Tofranil dans les états dépressifs
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française - TOURS 1959, J.P.

84 - DELAY J. - DENIKER P.-

Efficacy of Tofranil in the treatment of various types of depression : a comparâson with other anti depressant drugs.

Canada Psych. Ass. J. 1959, 4, 100

85 - DELAY J. - DENIKER P. - LEMPERIERE T.-

Les nouvelles chimiothérapies des états dépressifs
et mélancoliques

Press. Med. 1959, 67 - 923

86 - DELAY J. - DENIKER P. - LEMPERIERE I.-

Le traitement des états dépressifs et mélancoliques
en fonction des nouveaux médicaments anti-dépressifs
Congrès de Psych. et Neur. de langue française
TOURS, 1959.

87 - DELAY J. - DENIKER P. - LEMPERIERE T. - ROBERT M. - CLIN W. -
BGRIZEK B.-

Etude de l'efficacité de l'imipramine (G. 22 - 355)
dans le traitement des états dépressifs.

Ann. Med. Psychol. 1959 - 117 - 521.

88 - DENIKER P.-

Progrès récents des chimiothérapies psychiatriques
Cahiers Laennec, 1959, 2, 4

89 - FAZIO C. - GIBERTI F. - LOEB C.-

Un nuovo trattamento farmacologico
Derivato iminodibenzilico G 22 - 355 nella cura
degli stati depressivi (Minerva Med, Torino 1958
49, 343).

90 - FOUKS - MATHIS - LAINE - PAGOT - FERRANT.-

Traitement des états dépressifs
Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue
française. TOURS 1959 - J.P.

91 - FREYHAN Fa.-

Clinical effectiveness of Tofranil in the treatment
of depressive psychoses

Canada Psych. Ass. J. 1959, 4 - 86)

92 - FREYHAN Fa.-

The pharmacological modifications of mental depression
with Imipramine (L Coll. Int. Neuro Psych.

Pharmacol. Rome 1958)

93 - GASTON D.-

Contribution à l'étude de la chimiothérapie des
états dépressifs

Association de l'imipramine et du nozinan.

Thèse PARIS 1960.

94 - GUTIERREZ - AGRAMONTE EA.-

Tratamiento de algunos estados depresivos con al
G. 22 - 355.

Arch. Hosp. Univ. 1959, 11, 38

95 - GUYOTAT S. - PERRIN J.-

Chimiothérapie de la mélancolie. L'imipramine
(G. 22 - 355) (Tofranil)

Journ. Med. Lyon 1959 n° spécial 20

Journ. de Therap. Psych.

96 - GUYOTAT S - PERRIN J.-

L'imipramine (G. 22 - 355) (Tofranil Gaigy)

Rev. Med. d'Outre Mer 1959 - 782 - 1685

97 - HOFF H. -

Indications for electro-schock, Tofranil and psychotherapy in the treatment of depressions

Canada Psych. Ass. de 1959 - 4 - 55

98 - KAMMERER Th. - GEISMANN P. -

Effets thérapeutiques du G. 22 - 355 dans les états dépressifs et les psychoses

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française, TOURS, 1959, J.P.)

99 - KIELHOLZ P. -

Thérapeutique des états dépressifs C.A.M.P. mars 1961

100 - KIEKHOLZ P. - BATTEGAY R. -

Traitement des états dépressifs - Emploi d'un nouvel anti-dépressif, le Tofranil

Schweiz Med. Wochs 1958, 88, 763

101 - KUHN R. -

Du traitement des états dépressifs par un dérivé de l'iminodibenzyle CG 22 - 355

Chweiz Med. Wochr 1957, 87, 1135

102 - KUHN R. -

The treatment of depressive states with G 22 - 355 Imipramine hydrochloride

Amer. J. Psychiat. 1958, 115, 459

103 - LABOUCARIE J. - BARRES P. - LACASSIN P. -

Le G. 22 - 355 Imipramine (Tofranil) dans le traitement des états dépressifs mélancoliques

Ann. Med. psychol. 1959, 117, 377

104 - LAMBERT P.A. - DIEDERICHS A. - CHARRIOT G. - CHAPOT G.-

Indications, modalités d'application et effets
secondaires des traitements par l'Imipramine
(Tofranil) en pratique psychiatrique hospitalière
et ambulatoire
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
française TOURS, 1959.

105 - LAMBERT P.A. et GUYOTAT.-

L'imipramine et ses associations thérapeutiques
Congrès de Lisbonne

106 - LANTER R. - MAUREL H. - PERRIN J.-

La cure d'Imipramine dans la mélancolie
Essai thérapeutique de l'Imipramine en dehors de
la mélancolie
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
française TOURS 1959 J.P.

107 - LANTER R. - MAUREL H. - PERRIN J. - SPIELMANN JP - HEINRICH

Données préliminaires sur les indications de
l'Imipramine (d'après 87 observations)
Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
française, TOURS 1959, J.P.)

108 - LANTER & Coll.-

Notes à propos de quelques aspects cliniques de la
cure à l'imipramine - Congrès de TOURS p. 820

109 - LANTER R. - MAUREL H. - PERRIN J. - SIFFERMANN JP.- HEINRICH

L'imipramine dans la cure des états dépressifs
Réunion de Psychiatrie de Strasbourg - NANCY 1959

110 - LEHMAN HE. - CAHN Ch. VERTEUIL R.L. de.-

The treatment of depressive conditions with Imipramine (G. 22 - 355)

Canada Psychiat. Ass. J. 1959, 3, 155

111 - LEHNER F.H.-

Über die Behandlung depressiver Zustände in der psychiatrischen praxis mit Tofranil

Schweiz Med. Wochr 1959, 89, 209

112 - MANN A.M. - MACPHERSON A.S.-

Clinical experience with imipramine (G 22 - 355) in the treatment of depression

Canada Psych. Ass. J. 1959, 4, 38

113 - MARTI - GRANNEIL.-

Tratamiento de las melancolias por el G 22 - 355

Tofranil - Ann. Med. Esp. 1959, 45, 34

114 - MASCELLANI A.-

Contributo personale allo studio dell'azione del derivato iminodibenzilico (G 22 - 355) nella cura delle distimie depressive (Arcis. S. anna di Ferrara 1959, Vol. XII, fas. IV

115 - MONTASSUT M. - CHERTOK L. - GACHKEL V. - FERRAN - JERAMEC

Essai d'interprétation clinique de l'action de l'Imipramine (Tofranil)

Ann. Medico Psych. 1959, 2, 288

116 - PAQUAY - ARNOULDS - BURTON

Le traitement par le Tofranil de la phase dépressive.
Act. Neur. Psych. Vol. 59

117 - PASQUET P. - LANGLOIS M. - VERCEL R.-

Essais de traitement des états dépressifs par le
G 22 - 355 (Tofranil)
Ann. Med. Psychol. 1959, 117; 377

118 - PICHOT P.-

Le syndrome dépressif clinique et thérapeutique
Entretiens de Bichat 1959
Sem. Hop. (Thérapeutique) 1959, 35, 722

119 - RACAMIER PC, CARRETIER L. - SENS C.-

L'imipramine (Tofranil) dans le traitement des
états dépressifs.
Sem. Hop. Thérapeutique, 1959, 35, 738

120 - RISER M. - LABOUCARIE J. - BARRES P. - LACASSIN P.-

Les possibilités nouvelles de la chimiothérapie dans
les états mélancoliques par l'Imipramine
G 22 - 355 (Tofranil)
Sud. Med. et Chir. 1959, 94, 7822)

121 - SLOANE R.B. - HABIB A. - BATT V.A.-

The use of imipramine (Tofranil) for depressive
states in open ward settings of a general hospital
Canada Med. Ass. J. 1959, 80, 530

122 - STECK H., SCHNEIDER G., SCHENIDER C.-

Le traitement des états dépressifs par un dérivé
de l'iminodibenzyle, le Tofranil

Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue
Française. Strasbourg 1958

123 - STRAUS H.-

Office treatment of depressive states with a new
drug (Imipramine)

N. Y. Med. J. 1959, 59, 2906

124 - TRABUCCHI C. - ZUANAZZI GF. - CACEFFO G.-

Nostre esperienze sulla cura con Tofranil

Riv. Sper. Freniat. 1959 - 83 - 328

125 - TSCHUDIN A.-

Die Behandlung depressiver Zustände mit Tofranil

Praxis, 1958, 47, 1100

126 - URBANI M. - SAGINARIO M. - MANGHI E. - COSTA P.-

Sull'azione anti depressive del derivato iminodi-
benzilico (G. 22 - 355)

Riv. Sper. Freniat. 1959, 83, 277

127 - VISINTINI F.-

Terapia degli stati depressivi con Tofranil

(G. 22 - 355)

Psychiat. Neuropat. 1951, 1, 3

VU :

Le Doyen :

L. BINET.

VU :

Le Président,

L. MICHAUX

- VU et PERMIS D'IMPRIMER -

Le Recteur de l'Académie de PARIS,

J. ROCHE.

